

## REGISTRO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	Último, medio, primero	N.º de seguro social	Preferencia de género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero (M to F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F to M)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
	Idioma preferido		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ciudadano/a estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Raza/Etnia - Seleccione la que corresponda</b> <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Otra ¿El paciente es hispano? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Tipo de vivienda</b> <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Subsidiada <input type="checkbox"/> Otro refugio <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vive en casa de amigos/familia	
	Nombre de contacto en caso de emergencia		Relación con el paciente	Teléfono de contacto en caso de emergencia

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR	Nombre de la madre/tutor		Dirección de correo electrónico de la madre/tutor		
	Dirección postal de la madre/tutor		Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono primario de la madre/tutor	Teléfono secundario	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono primario <input type="checkbox"/> Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Portal		
	Nombre del padre/tutor		Dirección de correo electrónico del padre/tutor		
	Dirección de correo postal del padre/tutor		Ciudad	Estado	ZIP
	Teléfono primario del padre/tutor	Teléfono secundario	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono primario <input type="checkbox"/> Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Portal		

INFORMACIÓN DEL GARANTE SEGURO	Seguro primario		N.º de póliza	N.º de grupo	
	Nombre del suscriptor		Relación con el paciente		
	Seguro secundario (si corresponde)		N.º de póliza	N.º de grupo	
	Nombre del suscriptor		Relación con el paciente		
	Garante/Nombre de la persona responsable del pago (si es diferente al del suscriptor)				
	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono		Relación con el paciente		

Firma del padre/tutor	Relación con el paciente	Fecha
-----------------------	--------------------------	-------

## ANTECEDENTES MÉDICOS PEDIÁTRICOS

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

MEDICAL HISTORY	Paciente (hijo/a)		Familia		ATENCIÓN PREVENTIVA		
	Infección de la garganta por estreptococos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de la última visita al médico: _____	
	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de la última visita al dentista: _____	
	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del dentista: _____		
	Viruela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ANTECEDENTES FAMILIARES		
	Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Padre:</b> <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Fallecido Edad: _____	
	Infecciones en los oídos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Causa de la muerte _____	
	Virus sincial respiratorio (RSV)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Madre:</b> <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Fallecido Edad: _____ Causa de la muerte _____	
	Crup	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Hermanos, cuántos:</b> <input type="checkbox"/> Vive _____ <input type="checkbox"/> Fallecido _____	
	Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Causa de la muerte _____	
	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ANTECEDENTES DE NACIMIENTO	
	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Nacimiento vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea
	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Peso al nacer _____ Longitud al nacer _____
	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza / Migraña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Lugar de nacimiento? _____
	Cáncer (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Antecedentes de embarazo: _____
Otra: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otra: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas al nacer: _____			

NUTRICIÓN		
¿Recibió leche materna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Fórmula?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____
¿Toma vitaminas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Toma hierro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

MEDICAMENTOS	Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad de veces al día

ALERGIAS	

  

CIRUGÍAS	

Firma del padre/tutor	Relación con el paciente	Fecha
-----------------------	--------------------------	-------



## Lista de personas autorizadas para fines médicos

Yo, \_\_\_\_\_, el padre y tutor legal de  
Nombre del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_, por el presente autorizo a la(s)  
Nombre y fecha de nacimiento del/de la niño/a

persona(s) enumerada(s) a continuación a actuar como tutor(es) temporal(es) con el fin de traer a mi hijo/a a Family Health Source. Estas personas tienen autorización para traer a mi hijo/a a la clínica y dar su consentimiento para tratamiento de atención de la salud y exámenes en mi ausencia. Esta autorización es válida durante un año desde la fecha de entrada en vigencia a menos que se especifique lo contrario por escrito.

Nombre de la persona autorizada	Relación con el/la niño/a

Firma del padre/tutor	Relación con el paciente	Fecha

Solo para uso del centro de salud		
Firma del empleado	Puesto del empleado	Fecha



## Acuerdo sobre ajuste en la escala de pagos

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

Los pacientes no asegurados pueden reunir los requisitos para el programa de descuentos de la escala de pagos en Family Health Source. La elegibilidad para el programa de descuentos de la escala de pagos se basa en los ingresos familiares y en el tamaño de la familia. Necesitamos contar con documentación para determinar la elegibilidad.

Family Health Source se reserva el derecho de revisar sus declaraciones de impuestos y/o informe de sueldo a pedido. La elegibilidad será actualizada periódicamente dependiendo del tipo de documentación presentada. Si no hay cambios en sus ingresos o elegibilidad del seguro previo a la actualización programada, notifique a Family Health Source.

**Coloque sus iniciales en cada enunciado en el espacio que se provee.**

\_\_\_\_\_ *(iniciales)* Certifico que los ingresos y la información familiar suministrada en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si alguna parte de la información incluida en este formulario ha sido falsificada, este contrato será cancelado y seré responsable del costo **TOTAL** de los servicios. Entiendo que este documento se mantendrá en mi registro médico permanente y que la falsificación de información puede constituir un delito federal.

\_\_\_\_\_ *(iniciales)* Entiendo que la escala de pagos está sujeta a cambios.

\_\_\_\_\_ *(iniciales)* Entiendo que se espera el pago al momento de recibir los servicios.

\_\_\_\_\_ *(iniciales)* (Si corresponde) Me han informado y comprendo que si no brindo pruebas de mis ingresos en mi próxima visita, mi categoría será cambiada a una escala de pagos más alta.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
--------------------------	--------------------------	-------

**Solo para uso del centro de salud**

	Fuente de ingresos	Monto - Propio	Monto - Cónyuge	Frecuencia
Verificación de ingresos	<input type="checkbox"/> Comprobantes de cheque de pago - 3 últimos			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Determinación de beneficios de seguro social			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos sobre ingresos del año pasado			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Declaración de compensación por desempleo			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Carta de apoyo notariada			<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Otros ingresos			<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente

**Total de miembros en la vivienda \*:** \_\_\_\_\_ *\*En caso de 4 o más miembros en la vivienda, incluya la última declaración impositiva.*

Su ingreso anual documentado es de \$ \_\_\_\_\_. El tamaño documentado de su familia es \_\_\_\_\_.  
Por lo tanto, usted califica para el Programa de descuentos en la escala de pagos indicada a continuación hasta \_\_\_\_\_.

No se presentó prueba de ingresos - Se usó exención por única vez. Indicar el programa de descuentos en la escala de pagos que corresponda a continuación.

<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVA A	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVA B	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVA C	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVA D	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVA E	<input type="checkbox"/> DIAPOSITIVA F
Firma del empleado			Puesto del empleado		Fecha



## Autorización y contrato para tratamiento

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
---------------------	--------------------------------

El abajo firmante por el presente presta su consentimiento y acepta el tratamiento a ser suministrado al paciente cuyo nombre aparece en el Formulario de inscripción. El paciente, tutor o representante del paciente debe colocar sus iniciales en todos los puntos que corresponda.

### Consentimiento para el tratamiento

\_\_\_\_\_ Certifico que solicito examen y tratamiento médico para el paciente de parte de los médicos y empleados de *(iniciales)* Family Health Source. Doy mi permiso para la evaluación y tratamiento y certifico que no hay garantía ni me han asegurado los resultados que se obtendrán. Si el paciente es un menor, entiendo que un padre, tutor legal o adulto responsable debe acompañar al paciente al centro médico y permanecer con el paciente durante todo el examen.

### Contrato financiero y asignación de beneficios

\_\_\_\_\_ Entiendo que he recibido una copia de la Política financiera de Family Health Source y que acepto cumplir con sus *(iniciales)* términos.

### Declaración de derechos y responsabilidades del paciente

\_\_\_\_\_ Entiendo que he recibido una copia de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente de *(iniciales)* Family Health Source y que acepto cumplir con sus términos.

### Aviso de prácticas privadas

\_\_\_\_\_ Entiendo que he recibido una copia del Aviso de prácticas privadas de Family Health Source. *(iniciales)*

### Divulgación de información médica

\_\_\_\_\_ *(si corresponde)* Además del uso y/o divulgación de mi PHI tal como se establece arriba, autorizo a que mi *(iniciales)* información sea divulgada a la(s) siguiente(s) persona(s). Incluya nombre completo de la(s) persona(s) autorizada(s) a continuación. Entiendo que este pedido no limitará el uso y divulgación normal de PHI tal como se establece arriba.

Nombre de la persona autorizada	Relación con el paciente

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo enmendar o revocar mi consentimiento de usar y/o divulgar PHI en cualquier momento, si lo *(iniciales)* hago por escrito. El uso o divulgación que ocurra previo a la fecha en la que presento la revocación del consentimiento no se verá afectado.

### He leído y comprendo totalmente el consentimiento y acuerdo antes mencionados.

Firma del paciente/tutor	Relación con el paciente	Fecha
--------------------------	--------------------------	-------

Solo para uso del centro de salud		
Firma del empleado	Puesto del empleado	Fecha

